



课程描述：DESE/DDS 课程是一项综合课程，旨在提供强化的家庭和家長支持，以减少对学生的限制性住宿安置的需求。学生在家中与技能培训师和其他治疗师一起学习，以培养终身技能。

如果您的学生属于如下情况，请填写此表：

1. 目前通过当地学区就读于经批准的学校课程
2. 年龄在 6 至 21 岁之间
3. 目前住在家中或看护人家中

请输入回复或清楚打印（使用蓝色或黑色墨水）：

学生姓名				
家长/监护人姓名				
学生出生日期				
学生的主要诊断				
学生的主要地址：	地址行 1：			
	地址行 2：			
	城镇/城市：		州：MA	
	邮政编码：			
家长/监护人主要电话号码				
家长/监护人主要电子邮件地址				
您希望用哪种语言来谈论有关您的学生的情况？*	<input type="checkbox"/> 英语 <input type="checkbox"/> 西班牙语 <input type="checkbox"/> 葡萄牙语 <input type="checkbox"/> 阿拉伯语 <input type="checkbox"/> 越南语 <input type="checkbox"/> 海地-克里奥尔语 <input type="checkbox"/> 普通话 <input type="checkbox"/> 其他：			
您希望以哪种语言接收有关学生护理的书面材料？*	<input type="checkbox"/> 英语 <input type="checkbox"/> 西班牙语 <input type="checkbox"/> 葡萄牙语 <input type="checkbox"/> 阿拉伯语 <input type="checkbox"/> 越南语 <input type="checkbox"/> 海地-克里奥尔语 <input type="checkbox"/> 普通话 <input type="checkbox"/> 其他：			
您的学生目前在哪儿就读？（选择一项）	<input type="checkbox"/> 家庭教学， 在学生家中接受教育	<input type="checkbox"/> 公立学校教育， 就读于您所在城市的当地学校	<input type="checkbox"/> 在学区学校之外， 就读于合作的治疗或特殊需求学校	<input type="checkbox"/> 其他
您的学生目前是否符合 DDS 儿童服务的条件？（选择一项）	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否（请联系家庭支持中心以获取申请帮助）			
您的学生认为自己是什么性别？ （根据学生的需要选择尽可能多个选项）	<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 非二元性别 <input type="checkbox"/> 跨性别 <input type="checkbox"/> 不愿回答			
您的学生的种族/民族是什么？ （根据学生的需要选择尽可能多个选项）	<input type="checkbox"/> 亚裔 <input type="checkbox"/> 黑人/非裔美国人 <input type="checkbox"/> 夏威夷人/太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔 <input type="checkbox"/> 美洲原住民 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 不愿回答			

所有兴趣表的邮寄时间必须在 2022 年 3 月 1 日至 2022 年 3 月 31 日之间

- 填写此表是为了表达对该课程的兴趣，并不保证会被录取或注册
- 如果您过去曾填写过一份兴趣表，但您仍然有兴趣，请另外填写一份兴趣表
- 表格必须清晰地打字输入或打印。如果递交表格，请将其放入密封信封中，并标出 **DESE/DDS 兴趣表**。
- **递交表格：**在当地 DDS 地区办事处、自闭症/家庭支持中心，**而不是在 DDS 中心办公室**。
- **邮寄表格：**DDS-Central Office, Att.DESE/DDS Program, 1000 Washington Street 4th Floor, Boston, MA 02118
- 通过电子邮件发送表格：DESEDDSPROGRAM@MassMail.State.MA.US。
- **此时请勿附上 IEP/病历/任何其他文件。仅发送此表格。**

据本人所知，本人已准确、如实填写此表格。

家长/监护人签名：	日期：

*为参与者免费提供翻译和口译服务。